

地域生活支援事業利用申請書

(移動支援事業・日中一時支援事業・地域活動支援センター事業(Ⅱ型))

(あて先) 八尾市福祉事務所長  
次のとおり申請します。

提出年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	氏名	個人番号:					
	居住地	〒		電話番号			
申請に係る 児童氏名	フリガナ			生年月日	平成・令和 年 月 日		
		個人番号:		続柄			
身体障がい者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障がい者保 健福祉手帳番号		疾病名 (難病の方)	
サービス利用 の状 況	障害福祉サービス	障がい支援区分	有・無	区分1・2・3・4・5・6 非該当	有効期間		
		利用中のサービスの種類と内容等					
	介護保険	要介護 認定	有・無		要支援( )・要介護(1 2 3 4 5)		
		利用中のサービスの種類と内容等					

申請するサービス	地域生活支援事業	移動支援事業	時間/月	契約事業所名	
			時間/月	契約事業所名	
		日中一時支援事業	日/月	契約事業所名	
		地域活動支援センターⅡ型	日/月	契約事業所名	
申請内容・理由					

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			申請者との関係
氏名			
住所	〒		電話番号